

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire. 1899-1900. — N° 182

DES
ARTHRITES
BLENNORRHAGIQUES

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — TRAITEMENT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 18 juillet 1900

POUR OBTENIR LE GRADÉ DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Léon FABRE,

Né à La Canourgue (Lozère), le 20 octobre 1873



LYON
IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 182

DES
ARTHRITES
BLENNORRHAGIQUES

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — TRAITEMENT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 18 juillet 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Léon FABRE,

Né à La Canourgue (Lozère), le 20 octobre 1873



LYON
IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers

1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

M. LORTET	DOYEN.
M. LACASSAGNE	ASSESEUR.
M. CROLAS	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE. BONDET. BARD. OLLIER. PONCET. FOCHIER. GAYET. GAILLETON PIERRET. MONOYER. HUGOUNENQ CAZENEUVE FLORENCE. LORTET. TESTUT. RENAUT. MORAT. TEISSIER. AUGAGNEUR. MAYET. TRIPIER. POLLOSSON (M.) ARLOING. LACASSAGNE. COURMONT. SOULIER. CROLAS.
Cliniques chirurgicales	
Clinique obstétricale et Accouchements	
Clinique ophtalmologique	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies mentales	
Physique médicale	
Chimie médicale et pharmaceutique	
Chimie organique et Toxicologie	
Matière médicale et Botanique	
Parasitologie	
Anatomie	
Anatomie générale et Histologie	
Physiologie	
Pathologie interne	
Pathologie externe	
Pathologie et Thérapeutique générales	
Anatomie pathologique	
Médecine opératoire	
Médecine expérimentale et comparée	
Médecine légale	
Hygiène	
Thérapeutique	
Pharmacie	

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes	LAROYENNE.
--	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL, agrege
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Accouchements	POLLOSSON (A.), —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	GANGOLPHE, —
Botanique	BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. CONDAMIN.	MM. VALLAS.	MM. PAVIOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BERARD.
POLLOSSON (A.).	BOYER.	DOYON.	SAMBUG.
ROCHET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
ROLLET	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. OLLIER, Président ; M. GANGOLPHE, Assesseur ;
MM. ROCHET et VALLAS, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

▲ MON PÈRE

▲ MA MÈRE

▲ MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR OLLIER, .

Commandeur de la Légion d'honneur

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Lyon

Correspondant de l'Institut

Membre associé de l'Académie de Médecine

A MES MAÎTRES

A MES AMIS

AVANT-PROPOS.

Qu'il nous soit permis d'exprimer nos plus sincères remerciements à nos maîtres des Hôpitaux et de la Faculté pour l'enseignement précieux qu'ils nous ont donné et la bienveillance qu'ils nous ont témoignée pendant la durée de nos études.

MM. les professeurs Ollier, Bondet, Soulier, Tessier ont droit à notre entière gratitude.

M. le professeur Ollier a bien voulu approuver le sujet de notre thèse et nous fournir les plus amples documents pour sa rédaction ; nous ne saurions qu'imparfaitement nous acquitter de la reconnaissance que nous lui devons en lui dédiant ce modeste travail. Nous le remercions vivement du grand honneur qu'il nous fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

Nous remercions avec empressement MM. Vallas, Gangolphe, Rollet, pour le bienveillant accueil qu'ils nous ont toujours fait.

M. le docteur Gallois nous a prodigué son temps et ses conseils. Nous lui en témoignons la plus vive gratitude.

CHAPITRE PREMIER.

HISTORIQUE ET PATHOGÉNIE.

Déjà la connexion intime de la gonorrhée et de certaines affections articulaires, avait été signalée par Selle et Swediaur, mais ce furent Ricord, Cullerier, Velpeau, Grisolles, Bonnet et Rollet qui, les premiers, donnèrent de l'arthrite blennorrhagique une étude clinique approfondie.

En 1866, la question de la pathogénie fut soulevée devant la Société Médicale des Hôpitaux de Paris ; une discussion restée célèbre s'engagea entre Peter, Fournier, Lorain, Bouillaud, etc.

Pour Bouillaud, l'arthrite blennorrhagique était une simple coïncidence de la gonorrhée et de l'attaque de rhumatisme ; pour Lorain et Peter, la diathèse rhumatismale était réveillée par la blennorrhagie ou par l'état génital. Rollet et Fournier émettaient la théorie de la sympathie : la blennorrhagie avait une action sur les centres nerveux et produisait par action réflexe des troubles articulaires. A la même époque, Lassègue et Diday s'attachèrent à démontrer que le rhumatisme blennorrhagique est une forme de rhumatisme pyohémique, une pyohémie atténuée.

Les acquisitions de la microbiologie ont changé, quant à la forme l'énoncé de Lassègue et Diday, mais le fond est resté le même. L'arthrite blennorrhagique est, en effet, à l'heure actuelle considérée comme la localisation d'une infection spécifique due à la présence, dans l'organisme, d'un microbe découvert par Neisser, le gonocoque.

Mais si la spécificité de la blennorrhagie, si l'infection générale qui peut en résulter sont mises hors de doute, les pathologistes sont en désaccord pour en expliquer le mécanisme.

Certains auteurs ayant constaté la présence du gonocoque au niveau de l'articulation (Petrone, Kammerer, Bousquet, Hall, Hartley, Hewes, Griffon) ont admis qu'il est seul la cause, l'élément essentiel de l'arthrite.

Certains, au contraire, n'ayant pu déceler, malgré des recherches minutieuses, l'agent microbien (Ehrlich, Vogt, Kraske, Dieulafoy, Widal, Guyon et Janet Aubert, Roux, Martel) ont pensé que l'arthrite n'était pas imputable au gonocoque lui-même, et l'ont attribuée, soit à l'action des produits solubles sécrétés par ce microbe, au niveau de la muqueuse uréthrale (Guyon et Janet), soit à d'autres microorganismes streptococques et diplocoques trouvés au niveau de l'articulation isolés ou en symbiose avec le gonocoque (Tinger, Ghon et Schlagenhauser).

Vassermann et Christmas, en particulier, ont établi, tout récemment, l'action toxique des substances élaborées par le gonocoque qui, à faible dose, peuvent amener par inoculation dans la masse cérébrale, la

mort rapide des animaux en expérience. D'autre part, cette toxine injectée dans le tissu sous-cutané produirait une antitoxine dans le sang, capable de paralyser la même toxine injectée dans la masse cérébrale quelque temps avant.

Il résulte de ce court historique que deux théories principales se partagent l'opinion des pathologistes : celle du transport direct et de la localisation de l'agent microbien au niveau de l'articulation et celle de l'action de ses toxines, soit directement, soit indirectement par l'intermédiaire des centres nerveux.

Il en sera ainsi malheureusement tant qu'on n'aura pu vaincre quelques difficultés essentielles, telle que l'inoculabilité du gonocoque qui entrave l'expérimentation.

Comme le fait remarquer M. le professeur Ollier, dans son rapport au Congrès de Moscou :

« La non inoculabilité du gonocoque aux divers animaux et la difficulté de le cultiver dans nos laboratoires retarderont encore l'édification de la théorie pathogénique qui doit répondre à toutes les objections. »

CHAPITRE II.

FORMES CLINIQUES ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

L'arthrite blennorrhagique peut se présenter sous les formes les plus diverses et il n'est pas une forme aiguë ou chronique, torpide ou douloureuse que ne puisse revêtir l'arthrite blennorrhagique, ainsi que le fait observer M. le professeur Ollier, dans son remarquable rapport au Congrès de Moscou. Les limites que l'on a établies entre les diverses formes sont toujours un peu factices et, comme le fait remarquer M. Ollier, ce sont les formes mixtes, atypiques que l'on rencontre souvent.

Cliniquement, on peut cependant d'une façon générale classer les arthrites blennorrhagiques en deux grandes classes : les arthrites avec épanchement, et les arthrites sans épanchement.

Parmi les premières, on trouve des *formes aiguës ou subaiguës*, de beaucoup les plus fréquentes, s'accompagnant d'un épanchement plus ou moins abondant et offrant de grandes ressemblances

avec le rhumatisme articulaire aigu, dont elles ne diffèrent que par une moins grande mobilité, des symptômes fébriles moins accusés et une moindre tendance aux localisations viscérales.

On trouve aussi des formes rares : *formes s'accompagnant d'épanchement purulent*, dont nous avons pu recueillir quelques observations ; *formes avec hydarthrose torpide*, à peine douloureuses, revêtant un caractère de chronicité bien spécial ; *formes caractérisées par des arthrites successives* douloureuses, résistant à tous les traitements et reparaissant sous la moindre perturbation physiologique, chez les sujets qui n'ont été infectés qu'une fois (Ollier). Y aurait-il, dans ces cas, une affection directement dépendante de la blennorrhagie ou bien la simple coïncidence de la blennorrhagie et d'une autre infection ? Si, dans quelques cas, le doute est possible, dans d'autres, il ne l'est pas ; toute irritation génitale rappelle les douleurs et provoque de nouvelles poussées articulaires.

Parmi les secondes, on trouve surtout des formes pseudo-membraneuses décrites depuis longtemps par M. le professeur Ollier, sous le nom d'*arthrite sèche aiguë* et présentant une gravité très grande, en raison des douleurs qui l'accompagnent et de sa tendance ankylosante.

L'étude anatomo-pathologique va justifier cette classification qui peut paraître factice, au premier abord en raison de la fréquence des formes mixtes. Nous verrons, en effet, que les lésions, dans les arthrites blennorrhagiques, portent tantôt spécialement

sur la synoviale (arthrites avec épanchement), tantôt sur les tissus péri-articulaires, les extrémités osseuses et les cartilages (arthrites sèches).

I. — **Formes hydropiques.** — Nous étudierons tout d'abord la nature du liquide contenu dans l'articulation.

Une des premières analyses détaillées fut faite par M. le professeur Laboulbène (1) qui, présentant une analyse des liquides d'épanchement provenant de malades atteints d'arthrite rhumatismale, traumatique et blennorrhagique, montra que dans l'articulation atteinte par la blennorrhagie, le liquide était jaune assez foncé, constitué par de la sérosité visqueuse alcaline louche et purulente, mais sans présenter de traces de mucine.

Ce liquide différait nettement de celui retiré de l'arthrite rhumatismale qu'il qualifiait de séro-fibrineux, analogue au liquide pleurétique avec de la mucine en plus. Depuis ces recherches de Laboulbène, de nombreux auteurs ont examiné le liquide des arthrites blennorrhagiques et tous s'accordent à reconnaître des caractères à peu près analogues.

L'aspect varie cependant, suivant les caractères de l'arthrite, et comme l'a fait observer M. Martel dans son mémoire présenté à la Société de chirurgie de Lyon, le liquide est trouble, verdâtre, puriforme dans l'hydarthrose aiguë ; opalescent dans l'hydarthrose chronique ; séreux, légèrement louche dans l'arthrite aiguë ; enfin complètement louche avec des globules pyoïdes dans les arthrites pseudo-phlegmoneuses.

(1) *Bulletin de l'Acad. de Méd.*, du 16 juillet 1872.

La quantité du liquide est également variable, suivant les formes d'arthrite, elle peut atteindre, d'après certaines observations, jusqu'à 300 cent. cubes (cas de Tuffier) (1). Ces cas paraissent être rares, et d'une façon générale, les auteurs qui ont pratiqué l'arthrotomie ou la ponction n'ont trouvé qu'une quantité évaluée à 60 ou 80 grammes de liquide.

La présence du gonocoque dans la sérosité articulaire n'a pas été constatée par la plupart des auteurs ; il semble que cette présence est éphémère et c'est là la cause probable des résultats négatifs de leurs recherches. Par contre, lorsqu'on l'y rencontre, la gravité de l'affection semble augmenter et le processus destructif ne tarderait pas, ainsi que le fait observer M. le professeur Ollier, à affecter les différents tissus de l'articulation : cartilage, synoviale, ligaments et l'on pourrait se trouver en présence de tous les accidents amenés par les suppurations articulaires.

Etudions maintenant les lésions portant sur les parties constitutives de l'articulation.

La synoviale a été rencontrée remplissant l'articulation de franges villeuses, chagrinées, tapissées de flocons fibrineux et présentant de grandes analogies avec la muqueuse intestinale.

Le cartilage articulaire est rarement atteint ; cependant quelques auteurs l'ont noté comme dépoli, blanc grisâtre, parfois tout à fait gris, ce qui indiquerait qu'il ne serait pas toujours à l'abri du *processus inflammatoire*.

(1) Thèse de Brès, 1896.

Les auteurs ne signalent pas de *lésions osseuses ou périostiques*, il semble donc que dans ces formes d'hydarthrose la synoviale est surtout atteinte, indépendamment des surfaces articulaires, osseuses et ligamenteuses.

Voici, du reste, la description donnée par Parizeau, dans sa thèse.

« Au début, il existe une simple hyperhémie, avec un léger épaissement. Plus tard, et si la phlegmasie s'accroît, on trouve la synoviale fortement épaissie, rougeâtre, d'apparence charnue, granuleuse, quelquefois tomenteuse. Elle présente parfois l'aspect de la muqueuse intestinale. Elle peut être recouverte d'un exsudat fibrineux plus ou moins adhérent, parfois si fortement attaché à la face profonde de la séreuse, qu'il faut gratter avec l'ongle pour l'en séparer. Au moment de l'incision, quelquefois seulement sous l'effet du lavage de l'articulation, on voit sortir une sorte de couenne, jaune verdâtre, fibrineuse, très cohérente, gardant la forme du cul-de-sac sous-tricipital sur lequel elle est complètement moulée. On ne l'a pas toujours rencontrée, mais il serait impossible, quand elle existe, de la faire sortir par la ponction, si *gros qu'on choisisse le trocart.* »

Quant à la structure de la synoviale, elle a été étudiée avec soin par Parizeau, que nous citerons tout au long :

« Le côté de la coupe représentant la face libre de la synoviale est constitué par trois ou quatre rangées de cellules aplaties à noyaux allongés. Cette première couche repose sur un tissu conjonctif en faisceaux

d'une trame serrée avec de nombreuses fibres élastiques, le tout parsemé de quelques cellules conjonctives. En certains points nombreux et sur une étendue variable, on aperçoit des cellules rondes, embryonnaires, formant de véritables amas. Dans ces parages, on constate la présence de nombreux leucocytes situés dans les mailles du tissu conjonctif. Dans la profondeur de celui-ci, on retrouve encore les mêmes cellules embryonnaires en nombre exagéré. Les vaisseaux sont partout nombreux et presque tous ont une paroi amincie et sont très dilatés. Leur lumière est encombrée par les globules rouges. Ceux-ci ont fait çà et là irruption dans des espaces lacunaires constituant de véritables lacs de sang extravasé. Trois coupes, diversement colorées, présentent le même aspect. La généralisation de ces épanchements extra-vasculaires, peut nous faire penser qu'il s'agit bien là d'un processus pathologique et non pas d'une faute de technique. »

Nous avons parcouru les observations signalées dans les thèses de Christen, Brès, Parizeau, Dezanneau, les observations du travail de Gervais de Rouville et Donnet, et nous n'avons pas trouvé signalées de lésions osseuses ou périostiques accompagnant l'épanchement, dans les arthrites aiguës ou chroniques.

De cette étude anatomo-pathologique, il résulte qu'il s'agit, presque toujours de synovite avec épanchement plus ou moins abondant, sans qu'il y ait un retentissement apparent sur les tissus cartilagineux, osseux et péri-articulaires. Ainsi s'explique la rareté relative de l'ankylose dans ces formes; celle-ci, lorsqu'elle

survient, paraît être le résultat de l'organisation des exsudats fibrineux et de leur transformation fibreuse.

On voit donc que les interventions chirurgicales portant sur les arthrites aiguës avec épanchement, seront dans la plupart des cas, de simples adjuvants à la résorption du liquide, mais n'amèneront pas par elles-mêmes la guérison et le retour à l'intégrité des fonctions articulaires. Peut-être, pourraient-elles dans quelques cas où il existe des exsudats fibrineux en voie d'organisation, améliorer l'évolution ultérieure et favoriser le retour à l'intégrité des fonctions. Nous verrons plus loin par l'étude des observations, la valeur réelle de l'intervention.

II. — Forme sèche ankylosante. — Nous avons hâte d'aborder la seconde forme d'arthrite décrite depuis longtemps par M. Ollier, sous le nom d'arthrite sèche aiguë; c'est à son rapport que nous emprunterons notre description anatomo-pathologique.

« Dans cette forme sèche, dit-il, il n'y a pas de liquide appréciable dans l'articulation, il y a des fausses membranes sur la synoviale, une infiltration périphérique qui s'étend à tous les tissus circonvoisins, gaines tendineuses, muscles, bourses séreuses.

La lésion n'est pas bornée à la synoviale, elle s'étend au périoste des os voisins et se manifeste surtout au niveau des insertions ligamenteuses et tendineuses là où les tissus s'insèrent sur l'os et se confondent avec la gaine périostique. C'est là qu'il se forme des productions osseuses nouvelles, des ostéophytes en plaques ou en saillie. Au-dessous, l'os se tuméfie

plus ou moins haut, il paraît quelquefois acquérir une épaisseur considérable, diminuant graduellement à mesure qu'on s'éloigne de l'articulation.

Au niveau de l'articulation, des ossifications peuvent se former dans la synoviale, les gaines tendineuses, les tendons et les muscles, dans tous les tissus conjonctifs périphériques qui acquièrent des propriétés ostéogéniques anormales. Dans ces arthrites sèches aiguës, les cartilages sont rapidement altérés, ils perdent leur poli, leurs cavités prolifèrent, leur substance intercellulaire devient fibreuse, et il peut en résulter une ankylose rapide et définitive, et qui défie tous nos moyens thérapeutiques autres que la résection de l'articulation. »

Il peut se produire, en effet, à la suite de ces lésions, une ankylose intercartilagineuse ou par soudure osseuse directe, une ankylose périphérique, ou cerclée, une ankylose capsulo-ligamenteuse (Ollier); ou bien simplement des ossifications isolées, étroites, qui, au point de vue statique unissent aussi bien les os qu'une ossification totale, « de même qu'un seul clou peut parfaitement fixer deux tiges de bois ». C'est ainsi que se forment les soudures de la rotule à l'un ou à l'autre des condyles fémoraux ou bien encore des soudures huméro-olécrâniennes, fixant l'articulation d'une façon complète.

Nous citerons ici quelques observations d'ankylose blennorrhagique qui montreront mieux que toute description la marche du processus ankylosant par la formation des ostéophytes, et la fusion des cartilages.

OBSERVATION I.

Arthrite blennorrhagique du coude.

L. Jeanne. 21 ans, domestique. Entrée à la clinique, salle Saint-Pierre, le 12 juin 899.

A. H. — Père rhumatisant. *A. P.* — A 7 ans, rougeole. Bronchites. Coqueluche. Premières règles à 13 ans, régulières.

Il y a deux mois, contracte une blennorrhagie.

Le 8 juin, douleurs dans le coude droit, douleurs lancinantes dans le bras et dans l'épaule qui empêchent le sommeil.

L'articulation du coude est tuméfiée, les mouvements et la pression manuelle sont très douloureux. La malade présente actuellement une vulvo-vaginite accompagnée d'urétrite.

Le 12 juin. — Ponction du coude. Elle donne issue à un liquide louche.

On immobilise l'articulation dans un plâtre. Les jours suivants les douleurs sont fortement atténuées, l'épanchement articulaire ne se renouvelle pas et disparaît peu à peu. Bon état général.

29 juin 1899. — Le plâtre devenu trop large est renouvelé. Les jours suivants disparition totale des douleurs. OEdème péri-articulaire persiste, bien diminué.

La palpation est toujours douloureuse.

5 juillet. — La malade fait mouvoir ses doigts sans gêne, ni douleur, ces mouvements occasionnaient auparavant des douleurs dans le coude.

17 septembre. — La malade quitte l'hôpital. Le coude est ankylosé en flexion à 115° environ. Pas de douleur. La malade se sert de son bras dans les limites que tolère la position vicieuse.

9 février 1900. — La malade entre de nouveau à l'hôpital, son état est resté stationnaire, l'ankylose huméro-cubitale est complète. Mais les mouvements de pronation et de supination se font difficilement, et non sans provoquer de grandes douleurs. La malade a toujours des pertes blanches abondantes.

On cherche par le massage, les frictions, l'enveloppement ouaté, avec application de pommade résolutive, de ramener les mouvements articulaires. Devant l'insuccès des moyens employés, M. le professeur Ollier décide de pratiquer la mobilisation forcée sous anesthésie.

La malade endormie, M. Ollier fléchit le bras avec assez de facilité, on perçoit simplement quelques craquements légers ; l'extension est ensuite facilement obtenue, on ne place pas d'appareil immobilisateur. Les jours suivants, on fait faire les mouvements d'extension et de flexion, mais ceux-ci sont très limités et lorsqu'on les pousse un peu loin réveillent des douleurs.

Malgré les bains sulfureux, l'enveloppement ouaté, l'amplitude des mouvements diminue de plus en plus.

La malade n'a plus que de très légers mouvements spontanés et tout mouvement provoqué éveille de la douleur. Peu à peu, l'ankylose se reforme.

M. Ollier décide alors de pratiquer la résection afin de redonner des mouvements à la malade.

Résection le 15 mai 1900, par M. professeur Ollier.

La résection est conduite suivant le manuel opératoire habituel, les os enlevés, le périoste détaché à la partie antérieure de l'articulation, sur une largeur de un centimètre environ, de façon à interrompre sûrement sa continuité et pour éviter une reproduction osseuse trop considérable.

Les suites opératoires furent normales, les mouvements se rétablirent rapidement et, quinze jours après l'opération, la malade pouvait étendre et fléchir le bras. Ces mouvements

simplement passifs, que la malade faisait elle-même, sont devenus rapidement actifs, sous l'influence de l'électricité et des bains.

Actuellement la malade possède les mouvements d'extension et de flexion qui se font d'une façon parfaite, avec toute l'amplitude normale.

La pronation et la supination se font aussi d'une façon parfaite.

La malade n'a jamais éprouvé la moindre douleur depuis son opération, elle commence à pouvoir se servir de son bras.

Les pièces anatomiques enlevées montrent les lésions suivantes :

Du côté de l'humérus, le cartilage est détruit d'une façon presque complète, une minime partie subsiste en un point correspondant au bord postérieur de la cupule radiale, ainsi que sur le bord interne de la trochlée. La surface osseuse à nu présente, par places, un aspect grenu, de petites saillies mamelonnées.

Sur le bord de la trochlée, un petit bourrelet cartilagineux fait saillie.

Du côté des os de l'avant-bras les lésions paraissent moins avancées, le cartilage subsiste, au niveau de la cupule radiale, mais il est détruit au niveau de la cavité sigmoïde de l'olécrâne, où son aspect rappelle exactement celui que l'on trouve sur l'extrémité inférieure de l'humérus. Cet aspect du cartilage résulterait de la rupture de l'ankylose, lors de la première intervention. (Mobilisation sous anesthésie.)

Il n'existe pas d'ostéophytes sur le pourtour de l'os.

OBSERVATION II.

(Due à l'obligeance de M. Vallas.)

Rhumatisme articulaire gonococcien (généralisé, non d'emblée). — Ankylose fibreuse serrée du coude droit. — Ankylose du coude gauche en voie de formation. — Résection modelante du coude gauche. — Résection du coude droit.

O... François, 27 ans, entre, le 12 octobre 1896, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Vallas.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Variole à 3 ans ; à 22 ans, blennorrhagie ; deux ans plus tard, rechute blennorrhagique, indolore, mais tenace, persistant sous forme de goutte matinale. Sa profession de gantier l'exposait au contact d'une eau très froide dans le foulage des peaux.

Il y a deux ans, le soir, sensation subite d'une douleur intense au niveau de la malléole interne de la jambe droite. La douleur ne s'accompagne pas de phénomènes généraux ; pas de fièvre, pas de frissons, pas de sueurs. Le lendemain : œdème du cou de pied, mouvements impossibles.

Le malade note, à ce moment, une abondance plus grande de l'écoulement urétral.

Au bout de trois jours, il reprend son travail, le continue deux mois avec alternatives de chômage commandé par la douleur. A cette époque, les articulations du coude et de l'épaule commencent à s'engourdir ; la flexion et l'extension des bras exigent un effort. Absence d'œdème local, pas de douleurs, pas de symptômes généraux. Grande sensibilité au froid.

30 novembre 1894. — Les articulations du coude, de l'épaule, du pied sont raides. Le malade entre à l'hôpital de Grenoble.

Traitement par frictions, teinture d'iode, salicylate, sans grand résultat.

La blennorrhagie persiste ; on soumet le malade au traitement spécifique en raison d'un chancre des bourses, de céphalalgies fréquentes, d'alopecie.

Le malade est sujet à des crises, survenant à intervalles irréguliers et constituées par chaleur, tremblement généralisé, sueurs. La sueur n'affecte que les parties du corps situées au dessus d'un plan horizontal, passant par l'ombilic.

Douleurs musculaires et œdème de la nuque immobilisant la tête dans la position du soldat sous les armes.

Février 1895. — Brusquement, douleur et œdème du genou gauche, puis du droit. OEdème volumineux. Pas de phénomènes généraux.

Traitement : vésicatoires, teinture d'iode, pointes de feu. Pas d'amélioration.

Après deux séjours aux eaux d'Aix, le malade entre à la salle Saint-Louis de l'Hôtel-Dieu.

12 décembre 1896. — On constate : OEdème sur des articulations du cou-de-pied.

Aux genoux, la flexion est un peu limitée, à chaque mouvement, l'on perçoit à distance des craquements ; à la palpation, les doigts ont la sensation de cordons et de corps durs mobiles sous la peau.

Aux poignets et aux épaules, légers craquements ; pas de gêne notable des mouvements.

Le coude gauche est complètement ankylosé à angle obtus ; le coude droit présente de légers mouvements, ampleur 2 degrés.

Bon état général.

On endort le malade : à l'exploration du coude gauche fixé à angle obtus, on note la saillie considérable de la tête radiale, elle paraît déformée, hypertrophiée, et légèrement subluxée en dehors. Les autres saillies du coude ne présentent rien d'anormal.

Les mouvements d'extension et de flexion sont très limités, la flexion ne dépasse pas l'angle droit, les mouvements d'extension sont également incomplets, course totale : 20°. Les mouvements de pronation et supination limités s'accompagnent de craquements.

Résection. — Par une incision en baïonnette, on met à jour le squelette à travers des tissus épaissis.

Sur le bord externe, la saillie de l'épicondyle est rugueuse, hypertrophiée et couverte d'une couche cartilagineuse. La tête du radius volumineuse est reliée à l'humérus par des tractus fibreux qui paraissent en transformation cartilagineuse. On la libère à la rugine.

Ostéoporose de la tête du radius dont on pratique l'ablation avec les cisailles.

Décortication de l'extrémité inférieure de l'humérus à sa partie externe, laquelle est recouverte d'ostéophytes. On enlève l'épicondyle à la cisaille.

De ce fait, le mouvement de flexion atteint presque son extrême limite ; le mouvement d'extension n'étant pas complet, on pénètre dans la cavité olécrânienne ; laquelle est comblée par du tissu fibreux, en voie de transformation cartilagineuse. On la déblaie.

Sur le bord interne. — Incision de 4 centimètres vers l'épitrochlée, on constate la même transformation cartilagineuse des tissus au voisinage du squelette. Décortication et section en plusieurs coups de cisaille de la trochlée. Avec le couteau gouge, on enlève de nombreux fragments de la portion arti-

culaire de l'humérus, les restes de la trochlée et les saillies anormales qui recouvrent la face interne de l'articulation.

Irrigation. — Drainage. — Sutures.

Le 26 novembre 1896. — La plaie est complètement cicatrisée ; l'avant-bras a recouvré une partie de ses mouvements, flexion et extension ; course totale : 35° ; pronation et supination : 35° .

Le 24 décembre. — On pratique sous anesthésie la mobilisation du coude gauche ; la main peut être amenée facilement au contact de l'épaule.

Le 26 décembre. — Le bénéfice de cette mobilisation n'est pas apparent.

Le 11 janvier 1897, le malade part pour Longchène.

Le coude droit, sur lequel n'a porté aucune intervention, ne présente que des mouvements imperceptibles.

Le 3 mars 1897. — Le malade revient demander une opération pour son coude droit, complètement ankylosé à angle droit. La tête du radius fait sous la peau une saillie très accentuée.

Le 11 mars. — Résection du coude droit sur une hauteur de 5 centimètres.

Incision cutanée en baïonnette sur la face externe du coude.

De nombreux ostéophytes établissent une ankylose complète entre l'humérus et le radius. La tête radiale est hypertrophiée, déjetée en dehors, adhérente à la face antérieure de l'épicondyle. On détruit cette adhérence au ciseau et au maillet, puis on résèque 2 centimètres de la tête radiale à la scie.

On détache de même au ciseau et au maillet, l'adhérence osseuse entre l'humérus et le cubitus ; pour achever la séparation, on amène l'avant-bras en flexion incomplète par manœuvres de force. — Après avoir décollé le périoste olécrânien, on scie l'olécrâne.

Enfin, on résèque 2 centimètres de l'humérus et on rabote au ciseau la surface articulaire du cubitus et de l'apophyse coronoïde.

Ne pouvant imprimer des mouvements de pronation et de supination, on sectionne les adhérences fibreuses qui existent entre le cubitus et le radius et sur la face antérieure de leur articulation.

Pour obtenir l'extension complète de l'avant-bras, on résèque une nouvelle tranche humérale de 1 centimètre d'épaisseur.

Irrigation. — Drainage. — Suture.

Le malade quitte le service le 31 mai.

Le 29 septembre 1897. — Le coude gauche est dans le même état.

Le coude droit présente deux tubérosités humérales, reconstituées sous forme de saillies qui dépassent très nettement de chaque côté la diaphyse humérale.

L'extrémité supérieure des deux os de l'avant-bras est représentée par une large plaque unique, qui rend solidaires les deux os ; on sent, au-dessus de l'olécrâne, une pointe osseuse, qui paraît être due à une ossification du tendon du triceps.

Les mouvements passifs de flexion et d'extension sont complets. Quelques mouvements de latéralité ; pas de mouvements de supination ni de pronation.

Mouvements actifs : mouvements de flexion complets. Pas de mouvements véritables d'extension active. Plus de douleur.

Examen de la pièce provenant du coude droit. — Les lésions portent à la fois sur le bras et l'avant-bras. Sur l'humérus on constate : tout d'abord, sur la partie antérieure, la disparition de la trochlée humérale qui se trouve remplacée par des ostéophytes nom-

breux, faisant un fort relief et venant se prolonger sur le radius et le cubitus, avec lesquels elle s'unit par plusieurs jetées osseuses, au niveau de l'union de l'épiphyse avec la diaphyse

A la partie postérieure apparaît une cavité olécrânienne profonde, mais étroite, limitée par deux véritables coulées osseuses qui se détachent, l'une à la partie interne et qui va se continuer directement avec l'olécrâne, l'autre externe qui va se fusionner avec l'extrémité supérieure de l'olécrâne.

Ces jetées osseuses ont dû être sectionnées au cours de l'intervention pour ramener la mobilité des os de l'avant-bras. Le condyle huméral est remplacé par une masse osseuse irrégulière, parsemée de petites saillies mamelonnées.

La face inférieure ne présente plus aucune trace de cartilage articulaire et, partout où la fusion osseuse n'existe pas, la surface est rugueuse, couverte de petits ostéophytes.

L'olécrâne, vu par sa partie postérieure, ne présente rien de particulier à signaler, mais sur la face externe il existe une coulée osseuse qui se porte à la rencontre du radius et se soude avec celui-ci au niveau de la cupule radiale par une forte colonne osseuse ellipsoïdale sur une étendue de 15 mm. de large sur son grand axe et 8 mm. sur son petit axe. A la partie interne on voit également des prolongements osseux qui unissaient le cubitus à la trochlée humérale.

Quant à la surface articulaire elle n'existe plus ; la fusion est complète entre la partie toute supérieure

du crochet olécrânien et l'humérus, de même que sur toute l'étendue de l'échancrure sigmoïde.

Du côté du radius, on est frappé de voir que la cupule est fortement déjetée en dehors et présente une volumineuse saillie, la surface articulaire est complètement détruite.

On trouve à la partie interne, ainsi qu'à la partie antérieure, les prolongements osseux qui réunissaient cet os à l'olécrâne et à l'humérus et qui ont été sectionnés au cours de l'intervention.

En résumé, la pièce est constituée par un véritable bloc osseux sur lequel on a beaucoup de peine à reconnaître les différentes saillies normales qui constituent l'articulation du coude. Les ostéophytes unissent étroitement les os entre eux et les surfaces articulaires sont complètement détruites.

OBSERVATION III.

Arthrite blennorrhagique du genou. — Ankylose. — Résection.

N... Noel, 33 ans, salle Saint-Sacerdos, n° 36.

Pas d'antécédents héréditaires.

Au point de vue personnel : chancre de nature indéterminée. Six mois après douleurs très vives dans les deux genoux, rendant la marche impossible. Cette douleur disparaît peu à peu mais très lentement.

Deux ans après le malade est atteint d'un écoulement blennorrhagique très tenace qui dure plusieurs mois. Sept mois

après la fin de l'écoulement, apparaissent des douleurs dans le genou qui augmente de volume. Traitement au salicylate de soude. Alternativement, de 6 mois en 6 mois, la douleur et l'enflure apparaissent et disparaissent.

Nouvelle rechute en août 1895, les douleurs ne disparaissent plus. Au mois d'avril 1896, un médecin a porté le diagnostic de sciatique et a fait appliquer des vésicatoires qui ont procuré un soulagement momentané. Au mois de mai, nouvelle rechute. Pointes de feu et silicate porté pendant 3 mois, pendant lesquels il a beaucoup souffert.

Actuellement (11 octobre 1896), le genou présente une forme globuleuse, la saillie rotulienne a disparu. Le gonflement est dur, fluctuant par places. La palpation provoque des douleurs vers l'interligne articulaire en dedans et en dehors. Les mouvements sont supprimés, la jambe est immobilisée dans l'extension complète.

23 octobre 1896. — Le malade éprouve au poignet gauche de violentes douleurs, accompagnées de gonflement et d'impotence fonctionnelle de l'articulation.

Janvier 1897. — L'état du malade est resté à peu près stationnaire. Toujours des douleurs vives au genou s'irradiant dans la jambe.

Les urines présentent un dépôt abondant, floconneux, blanc, pas d'albumine ni de sucre. Urée 10 gr. 43 par litre. Le dépôt est formé de leucocytes et de cristaux de phosphate de chaux.

3 mars 1897. — Résection du genou.

A l'ouverture de l'articulation on trouve des altérations peu importantes des cartilages, qui sont ternes mais très bien et fortement adhérents. La face postérieure de la rotule est reliée aux condyles par des fongosités grisâtres. *Pas de pus* dans l'in-

térieur, seulement une sérosité louche. Quelques franges synoviales mais pas de gros bourgeons mollasses qu'on trouve dans les arthrites tuberculeuses.

C'est surtout sur le fémur qu'on trouve des lésions manifestes. L'os est éburné, très dur, surtout sur les parties épiphysaires.

Sur les parties pista-épiphysaires on remarque une collerette d'ostéophytes très durs, entourant les trois quarts du fémur, sur les côtés et en arrière surtout.

Ces irrégularités sont perdues dans un périoste fongueux, adhérent, au milieu duquel on trouve quelques petits foyers purulents gros comme une tête d'épingle. Ces lésions s'étendent dans les tissus voisins.

Hauteurs réséquées : fémur, condyle externe, 57 mm.; condyle interne, 63 mm. ; tibia, épine, 14 mm.; plateaux, 9 mm.

15 mars. Premier pansement. Il existe encore des douleurs dans le membre malade surtout à la face antérieure de la cuisse sur le trajet des différentes branches du crural.

Septembr. — Douleurs vives dans les articulations du membre supérieur gauche, traitement à la solanine.

27 avril 1898. — Le malade glisse dans l'escalier sur plusieurs marches, il vient tomber debout sur le palier, puis glisse une seconde fois et tombe en avant ; la jambe réséquée se fracture au niveau du genou. La cuisse et la jambe font un angle à sommet externe.

28 avril. — Résection itérative dont le malade guérit parfaitement.

Nous avons revu le malade récemment ; il marche très facilement et ne souffre plus.

Les diverses pièces anatomiques dont nous venons de donner la description, montrent bien le caractère particulier des soudures osseuses consécutives, à la blennorrhagie.

L'évolution de cette forme d'arthrite semble devoir faire rejeter tout traitement chirurgical, autre que la résection. On a cependant, ainsi que nous le verrons, pratiqué et conseillé l'arthrotomie. Nous espérons avoir, par ces quelques lignes d'anatomie pathologique, montré combien aléatoires sont des interventions portant sur des articulations en pleine voie d'évolution — et expliqué les insuccès qui ont terminé ces tentatives hardies.

En résumé, et d'une façon générale, l'évolution anatomique est bien différente, suivant les cas : elle est résolutive, dans les formes hydropiques; ankylosante, au contraire, dans les formes sèches.

CHAPITRE III

TRAITEMENT.

Les données de l'anatomie pathologique facilitent singulièrement l'étude et la discussion du traitement des arthrites blennorrhagiques ; elles nous démontrent que suivant les caractères de leurs lésions, ces arthrites évoluent d'une façon bien distincte.

Lorsque l'inflammation de la synoviale sera la seule lésion ou bien la lésion principale (hydarthrose, arthrite avec épanchement), l'évolution se fera le plus souvent spontanément vers la résolution et la guérison complète.

Au contraire, lorsque les lésions sont articulaires et péri-articulaires et que ligaments, gâines tendineuses, extrémités osseuses avec cartilage et périoste, participent au processus inflammatoire, dans ces cas l'évolution aboutit d'une façon certaine à l'ankylose (arthrites sèches aiguës, arthrites pseudomembraneuses).

La thérapeutique des arthrites blennorrhagiques doit donc se borner, d'une part, à favoriser la marche naturelle vers la guérison ; d'autre part, à prévenir l'an-

kylose qui apparaît souvent, et quoi qu'on fasse, comme le terme fatal de l'affection. A ces indications générales, s'en ajoutent de spéciales en raison de la persistance ou de l'acuité de certains symptômes.

Nous allons donc passer en revue les moyens ordinaires de traitement : l'immobilisation avec compression et révulsion, suivie dans les formes graves de mobilisation hâtive. Nous étudierons les avantages de l'intervention chirurgicale dans le traitement des formes rebelles ou très aiguës, la valeur de cette intervention pour prévenir l'ankylose. Nous montrerons en dernier lieu le rôle important des opérations telles que la résection, lorsque l'ankylose n'a pu être évitée, malgré tous les moyens employés.

Nous laisserons complètement de côté les formes d'arthralgie simple ; elles guérissent habituellement sans laisser de traces : et, à leur sujet, aucune discussion d'intervention ne peut s'élever.

Nous exposerons successivement le traitement des formes hydropiques simples et suppurées et des formes sèches ankylosantes.

Formes hydropiques. — Les cas d'hydarthrose simple, comme les cas d'arthrite aiguë avec épanchement considérable, guérissent habituellement d'une façon spontanée et sans intervention chirurgicale. L'inflammation, traitée ou non, ne dépasse guère trois semaines ou un mois; au bout de ce laps de temps les symptômes s'amendent, on voit disparaître la tuméfaction et réapparaître les mouvements. Toutefois ces mouvements sont encore limités par des brides faciles à rompre sans ramener des douleurs persistantes. Ces formes rappellent exactement les arthrites aiguës qui s'observent au cours du rhumatisme ordinaire. Les moyens thérapeutiques, usités dans le traitement de ce dernier, doivent être appliqués dans ces formes de rhumatisme blennorrhagique.

L'immobilisation obtenue soit au moyen d'une gouttière en fil de fer, soit au moyen d'un plâtre ou d'un bandage silicaté, suffira le plus souvent à calmer les douleurs; on y joindra la compression ouatée, les embrocations calmantes, les frictions résolutives avec l'onguent napolitain, enfin la révulsion par les pointes de feu. Mais surtout, on pratiquera la mobilisation précoce. Par ces moyens on obtient d'excellents résultats. Ces guérisons sont si courantes que nous renonçons à transcrire ici les nombreuses observations que nous avons trouvées à la clinique de M. Ollier. C'est à propos de ces formes rhumatismales, où la résorption s'opère naturellement, qu'on a publié des séries de

110 cas d'arthrites blennorrhagiques, observées à l'hôpital Saint-Louis, guérissant par les seuls moyens médicaux et sans laisser d'ankylose.

Hâtons-nous d'ajouter que ces formes sont parfois tenaces, récidivent avec facilité et que enfin elles peuvent évoluer d'une façon plus ou moins lente vers l'ankylose, et cela quoi qu'on fasse. Les formes hydro-piques et les formes sèches ankylosantes sont évidemment différenciées, mais leurs limites ne sont pas si tranchées qu'elles ne puissent à un moment donné, ainsi que le fait observer M. Ollier, se confondre par une même terminaison : la gêne fonctionnelle très grande ou l'impotence complète des articulations.

Ce sont ces considérations qui ont amené les chirurgiens à abandonner l'immobilisation préconisée par Verneuil et à intervenir par la ponction et l'arthrotomie.

Le but de cette intervention est d'interrompre le processus inflammatoire en supprimant le contact prolongé de l'épanchement et en modifiant l'état des surfaces articulaires.

Interrogeons les résultats cliniques. Et d'abord la *ponction simple*, celle-ci donne de bons résultats, mais précisément dans ces formes que nous avons comparées aux arthrites rhumatismales ordinaires et qui habituellement guérissent naturellement d'elles-mêmes.

Elle diminue la circulation périphérique et favorise la résorption du liquide dans ces formes bénignes, mais elle est insuffisante et inefficace dans les hydro-pisies provoquées par récidives de gonorrhée ou par nouvelle infection dans celles où l'inflammation est

profonde et la douleur tenace. Nous en avons pour preuve les observations de la thèse de Thirard (2 cas) et de celle de Brès (2 cas).

Körte, cité par Brès, rapporte également le cas d'un jeune homme qui partit aux manœuvres avec une gonorrhée et qui revint, 8 jours après, avec une arthrite séreuse du genou. « Celle-ci fut traitée par la ponction, l'épanchement disparut, mais il resta de la rigidité de la capsule et, dans l'espace d'environ deux ans, il se développa une inflammation déformante du genou qui fit du malade un invalide. »

Sans rejeter absolument la ponction simple, nous la considérons comme un moyen le plus souvent inutile dans les formes bénignes, infidèle dans les formes récidivantes et dans celles qui évoluent d'une façon lente vers l'ankylose.

Mais elle garde toute sa valeur comme méthode d'exploration.

La ponction suivie de lavage antiseptique (procédé de Schede), ou suivie de l'injection d'une certaine quantité de sublimé (5 à 6 cc.) qu'on laisse dans l'articulation (Méthode de Rendu), nous paraît susceptible des mêmes infidélités quand on a affaire à une synoviale épaissie, profondément enflammée, et que la cavité articulaire contient des coagula fibrineux épais. Aussi les partisans de l'intervention, donnent-ils la préférence à l'*arthrotomie*.

L'*arthrotomie* permet de se rendre compte par la vue et le toucher de l'état des lésions de la synoviale, des cartilages, de l'appareil ligamenteux et des tissus péri-articulaires. L'évacuation des fausses membra-

nes, des flocons fibrineux, des végétations synoviales en voie de dégénérescence, impossible à réaliser par l'intermédiaire d'un trocart même un peu fort, deviendra des plus faciles. Les adhérences, si elles existent déjà, pourront être rompues.

L'arthrotomie est plus rapide et plus efficace que la ponction. C'est un procédé opératoire plus parfait, à condition que toutes les règles de l'asepsie et de l'antisepsie trouvent ici leur application, conditions difficiles à réaliser, en dehors des milieux hospitaliers et d'une grande habitude de la pratique opératoire.

Mais quels vont en être les résultats immédiats et quel bénéfice le malade en retirera-t-il ? Doit-on la pratiquer d'une façon précoce en présence d'une arthrite blennorrhagique ? L'arthrotomie est-elle indiquée dans toute espèce d'articulations ? A quelles formes de l'arthrite aiguë s'adressera de préférence l'intervention ?

La réponse à ces questions sera fournie par l'examen d'une série d'interventions prises dans les thèses et communications de ces dernières années. Nous faisons remarquer qu'une des premières interventions, sinon la première, remonte à 1892 : elle est due à M. Thiery (*Bulletin de la Société anatomique*, 1892). Chronologiquement, nous relevons les noms de MM. Tillaux, Potherat, Valther, dont les observations sont contenues dans la thèse de Christen ; de Quénu (Th. Thirard) ; de Tuffier (in Mémoire Rouville et Donnet) ; de Pierre Delbet et Bazy (Th. de Parizeau) ; d'Hartmann (Th. de Dezanneau) ; de Guinard et Peyrot (Th. de Brès). Tous ces auteurs sont partisans de l'intervention.

Pour apprécier la valeur de l'arthrotomie dans les arthrites aiguës, il nous faut étudier les diverses observations qui ont été publiées jusqu'ici. Les plus nombreuses se trouvent dans les thèses de Brès et de Parizeau. Ce sont elles que nous sommes obligé d'étudier plus spécialement. Nous voyons à la lecture de ces observations, qu'elles peuvent être réparties en deux groupes bien distincts : celui où sont donnés simplement les résultats immédiats, celui où sont consignés les résultats plus ou moins éloignés.

La première catégorie de faits ne saurait entraîner de conviction, car les malades ont quitté l'hôpital quinze jours en général après l'opération ; les résultats heureux où les malades ont, dans ce délai bien restreint, recouvré l'usage complet de leur articulation sont relativement exceptionnels et nous ne pouvons considérer la relation de pareils faits comme devant rester une démonstration parfaite de la valeur de l'arthrotomie.

La deuxième catégorie peut nous offrir une meilleure base de discussion, puisque les malades ont été revus dans un laps de temps variant de deux à six mois.

Ce sont ces résultats que nous allons étudier ; nous croyons qu'une durée de plusieurs années après l'arthrotomie eut été nécessaire pour fixer définitivement l'utilité ou le rejet de cette opération. Nous allons reproduire brièvement les observations de Brès et de Parizeau pour montrer les résultats obtenus.

Dans l'observation I, nous lisons : arthrite blennorrhagique du genou droit, examen bactériologique du contenu articulaire. Arthrotomie. Lavage au sublimé. Pas de drainage. Amélioration et guérison rapide.

L'arthrotomie fut pratiquée chez ce malade âgé de 33 ans, pour une arthrite aiguë avec épanchement, vingt jours après son début.

Le résultat consigné deux mois après est le suivant : le genou a repris son volume normal, la cicatrice est bonne, les mouvements de flexion et d'extension se font sans aucune difficulté.

L'observation II est intitulée :

Arthrite blennorrhagique du genou gauche. — Arthrotomie. — Issue d'une petite quantité de liquide louche, mais d'énormes paquets de fausses membranes. — Lavage au sublimé. Pas de drainage. Guérison.

L'opération a lieu vingt-huit jours après le début de l'arthrite. La malade est revue plus de deux mois après l'opération : le genou opéré est plus volumineux que le sain.

La cicatrice est excellente. Légère atrophie du triiceps. Pas de liquide dans l'article. Les mouvements de flexion et d'extension se font avec assez de facilité et d'amplitude.

La malade marche, se tient debout sans aucune peine, sans douleur au niveau de l'articulation. Nous sommes convaincus que, par le massage et la mobilisation, l'article retrouvera sa fonction normale.

Observation III : Arthrite blennorrhagique du genou gauche; arthrotomie : issue d'une grande quantité de sérosité louche et de quelques coagula grisâtres. Altérations de la synoviale. Adhérences. Curettage. Lavage au sublimé et écouvillonnage avec teinture d'iode. Sutures, sans drainage. — Pansement sec et compressif. Guérison.

L... Paul, 23 ans, valet de chambre, le 15 juin, quinze jours après le début de sa blennorrhagie, arthrite du genou. Arthrotomie le 21 juillet.

Le 28 juillet, on enlève les fils. Réunion par première intention. On commence le massage et la mobilisation. Le malade sort le 3 août.

« Il est revu le 10 septembre. Depuis quelques jours, il a pu reprendre son métier de valet de chambre. L'examen du genou nous montre qu'il est encore un peu plus gros que l'autre. La cicatrice est excellente. Légère atrophie du triceps. Pas de liquide. Les mouvements de flexion et d'extension sont déjà assez étendus, car le malade a continué à se masser et s'est exercé à plier l'articulation tous les jours. *En résumé, le résultat est excellent.* »

Observation IV : Arthrite blennorrhagique du genou droit. Examen du liquide obtenu par ponction préalable. Constatation du gonocoque. Culture. Arthrotomie. Écoulement abondant du liquide séro-purulent. Altérations de la synoviale. Adhérences. Lavage au sublimé au 1/1000. Ecouvillonnage de l'article. Drainage.

Le 12 mars, début de l'arthrite. Opération le 1^{er} avril. La malade quitte l'hôpital le 22 avril, marche sans douleur.

La malade est revue six mois après et l'auteur ajoute : « Le genou a une forme et un volume normaux. La plaie cicatricielle est excellente, pas la moindre trace de liquide, pas le moindre empâtement. Les mouvements ont retrouvé toute leur amplitude et leur facilité d'exécution. La malade se déclare fort satisfaite et le résultat est très bon. »

Observation V. — Arthrite blennorrhagique aiguë double des genoux.

On pratique l'arthrotomie, à la date du 25 septembre, sur le genou droit, plus douloureux et plus intéressé que le gauche. On traite ce dernier par l'immobilisation et révulsifs.

Le 25 novembre, le malade entre de nouveau à l'hôpital.

Il se plaint encore de son genou gauche. L'examen de l'article permet de constater qu'il n'y a plus de liquide, mais que les mouvements de flexion et d'extension sont très limités.

Il y a des craquements dans l'articulation. Malgré les instances du malade, M. Guinard juge inutile d'intervenir et lui recommande le massage.

Le genou arthrotomisé est en excellent état et moins volumineux que le gauche. Les mouvements ont toute leur amplitude et se font avec aisance. L'atrophie musculaire est à peine sensible du côté gauche. A droite elle est assez marquée.

Parizeau rapporte onze observations, parmi lesquelles deux seulement contiennent des résultats éloignés.

Observation I. — Arthrite aiguë blennorrhagique du genou droit. Arthrotomie le 16 février. Double incision. Drainage.

Le 16 avril, la malade quitte l'hôpital; « le massage et la mobilisation n'ont pu obtenir un complet rétablissement des mouvements. La flexion ne dépasse guère quelques degrés »; un peu d'hyperextension, quelques mouvements de latéralité.

Cinq mois après la malade revue « marché sans boiter, ni souffrir. Le genou est parfaitement mobile, la flexion dépasse de beaucoup l'angle droit. »

Observation. IX. — Arthrite aiguë avec épanchement, genou gauche. L'épanchement se reproduit après ponction. Le 29 juin, arthrotomie, incision bilatérale, lavage, drainage.

Le malade sort quinze jours après, aucune douleur, mouvements limités.

Huit mois après l'intervention, aucune douleur, flexion à angle droit.

Ces observations, auxquelles on pourrait joindre d'autres provenant des différents travaux de Christen, d'Hopenhendler, de Gervais de Rouville, etc., nous montrent bien que l'intervention peut calmer les douleurs, supprimer le liquide articulaire, mais ne semble pas modifier bien avantageusement l'évolution ultérieure de la lésion. Et nous croyons qu'une immobilisation pendant la période douloureuse, suivie de mobilisation précoce, de massage et de frictions, aurait donné des résultats qui auraient pu être mis, à notre avis, en balance même avec les cas heureux signalés. Nous croyons, avec M. Valther, que les résultats acquis au point de vue de la mobilité fonctionnelle des articulations touchées par l'arthrite blennorrhagique ne restent définitivement acquis et ne peuvent s'améliorer qu'autant que les malades s'astreignent dans la suite, et pendant plusieurs mois, à des manœuvres raisonnées de mobilisation.

II. — **Arthrites suppurées.** — Si dans les formes hydropiques, dans les arthrites aiguës avec épanchement, il est nécessaire de discuter les indications de l'arthrotomie, dans la forme suppurée les avis sont unanimes. Nous dirons avec Balzer (1): « L'intervention chirurgicale n'a qu'un but, parer aux dangers que crée la suppuration d'une articulation: ici l'indication d'opérer est formelle. » Nous n'insisterons pas; car alors qu'on était loin de songer à pratiquer l'arthrotomie d'une façon systématique, on n'hésitait pas depuis longtemps à ouvrir une articulation qui suppurait. Dans ces cas là, l'arthrotomie est une opération d'urgence.

Hâtons-nous d'ajouter, avec M. le professeur Ollier, que dans certains cas, elle ne sera que le premier temps d'une résection. Seule cette dernière opération est appelée à drainer suffisamment l'articulation, et même dans quelques cas à ramener des mouvements plus ou moins étendus. M. le professeur Ollier nous a communiqué une observation fort intéressante d'arthrite suppurée gonococcienne qu'il a bien voulu nous autoriser à publier et qui montre ce qu'on est en droit d'attendre de cette intervention.

(1) Balzer. — *Traité de thérapeutique appliquée* de Robin (fascicule VI).

OBSERVATION VII.

Arthrite blennorrhagique suppurée de l'articulation tibio-tarsienne. — Résection de l'astragale.

B.... Benoît, 22 ans. Entre à Saint-Sacerdos le 19 février 1889.

Rien de particulier à noter au point de vue des antécédents héréditaires et personnels.

Il y a quinze jours, B.... a contracté une blennorrhagie. Quelques jours après, il ressentit, pendant la nuit, une violente douleur au niveau de la malléole externe gauche. Les mouvements, d'abord très douloureux, devinrent impossibles, lorsqu'il y a cinq jours, apparut la douleur au niveau de la malléole interne. Ces symptômes nécessitent l'entrée à l'hôpital.

A ce moment le pied présente un gonflement très marqué vers l'articulation tibio-tarsienne. Douleurs très vives qui arrachent des cris au malade. On note, en particulier, un abcès fluctuant sur le côté externe, avec rougeur marquée de la peau.

Le lendemain on incise cet abcès et il s'écoule du pus strié de sang.

Dans les pansements qui suivent cette intervention, le pus est toujours abondant et les douleurs persistent. C'est alors que pour faciliter le drainage de l'article, on pratique la résection de l'astragale. Cette opération, faite le 23 février, n'offre rien de particulier. L'os enlevé présente seulement, sur son cartilage supérieur, en dedans, une érosion très superficielle.

Les surfaces tibio-péronières paraissent saines, dans l'intérieur de l'article se trouve du pus en quantité notable. On en trouve aussi dans les tissus péri-articulaires.

Les pansements qui suivent l'opération sont souillés par une suppuration abondante, jusque vers le 10 mars, date où le pus commence à disparaître.

Le malade se plaint toujours de douleurs vives, néanmoins il est en bonne voie de guérison. L'état général est bon, l'appétit est revenu.

Le 4 avril, les plaies présentent un aspect satisfaisant, la cicatrisation s'opère, très régulière, la suppuration est notablement diminuée et permet une réduction des drains. Les douleurs sont toujours vives.

Vers la fin mai, suppression complète des drains ; le pied est en bonne position, avec cependant un peu de varus.

30 juillet 1890. — Le pied est dur, sec. Il n'y a plus de gonflement, sinon après une fatigue exceptionnelle. Pas de douleur spontanée, ni provoquée, en aucun point du pied opéré.

La position est bonne. Le pied repose sur le sol par ses points d'appui normaux, pas trace de pied creux.

Les mouvements articulaires, indolores, sont limités ; la flexion et l'extension présentent une réduction des $\frac{2}{3}$.

La marche est normale, s'accomplit sans appareil ni soutien, le malade monte et descend les escaliers à peu près comme un homme sain. Seule, la course est difficile et s'accompagne de claudication.

B...., employé aux tramways, soigne les chevaux depuis 4 heures du matin jusqu'à 7 heures du soir et accomplit son travail très facilement.

En 1894, B.... se présente à la clinique de M. le professeur Ollier. Il est complètement guéri.

III. — **Formes sèches ankylosantes.** — Dans l'étude anatomo-pathologique que nous avons tracée de l'arthrite sèche aiguë ankylosante, nous avons montré que lorsque les lésions frappent les cartilages, les surfaces osseuses et périostiques, lorsque l'inflammation gagne les tissus péri-articulaires, l'ankylose se produit presque fatalement et à brève échéance.

Cette forme n'a pas été fréquemment l'objet, comme la forme aiguë hydropique, d'intervention chirurgicale, telle que l'arthrotomie. Cependant, c'est surtout dans ces formes que l'on pourrait songer à l'arthrotomie avec lavage de l'article, car l'ankylose est très fréquente et paraît au chirurgien comme un résultat presque fatal.

L'incision dans ces cas, comme le fait remarquer M. Ollier, pourra toujours être considérée comme un débridement libérateur et un moyen de faire cesser la tension des tissus et l'acuité des douleurs.

Nous ne pouvons discuter les résultats chirurgicaux obtenus dans cette forme d'arthrite; les observations que nous avons lues sont trop écourtées et les malades n'ont pas été revus assez longtemps après l'intervention.

Nous nous bornerons donc à indiquer ici le traitement tel qu'il est pratiqué par M. le professeur Ollier, et nous indiquerons, par quelques observations nouvelles, les résultats inespérés qu'on est en droit d'attendre de la mobilisation prudemment pratiquée et longtemps continuée.

Avant d'exposer la technique suivie par M. Ollier, nous jetterons un coup d'œil rapide sur les divers moyens employés par quelques chirurgiens.

Tous sont d'accord sur l'utilité des exercices d'assouplissement, des mouvements passifs ou provoqués, mais, où ils diffèrent, c'est sur la question de savoir à quel moment et dans quelle mesure il faut les pratiquer.

Nous citerons l'opinion de Boyer, qui, reprenant les idées de J. L. Petit, avait formulé ce précepte : « Dans toutes les maladies articulaires susceptibles de se terminer par l'ankylose, il faut faire tous les jours des mouvements gradués et ménagés aussitôt que la maladie le permet. »

Ce sage conseil était un peu vague. L'appréciation du moment où il est permis de mobiliser restait à préciser. Les uns mobilisaient trop tôt, les autres trop tard et il arrivait fréquemment que les chirurgiens allaient contre le but poursuivi et que l'ankylose se produisait rapidement.

Verneuil s'est vivement élevé contre la mobilisation trop précoce, contre l'ankylophobie imprudente et exagérée.

Il a montré que l'immobilisation rigoureuse est le meilleur antiphlogistique, au lieu que les mouvements intempestifs ne servent qu'à entretenir l'inflammation laquelle, par ses exsudats plastiques, produit directement l'ankylose (Verneuil).

Nous ne saurions mieux faire ici que de citer les paroles de M. le Professeur Ollier, car nous y trouverons précisées et l'époque de la mobilisation et les raisons qui doivent guider le chirurgien.

« Plus l'ankylose est menaçante, plus nous devons diriger nos efforts vers la conservation des conditions de la mobilité articulaire ; aussi faudra-t-il, avant toutes choses, chercher à empêcher la fusion des cartilages et les adhérences de la synoviale, en changeant les points de contact, en détruisant par ce changement les premières adhérences qui tendent à se former. Mais malheureusement ces mouvements sont atrocement douloureux, ils ne peuvent s'opérer sans détruire des adhérences conjonctives et sans rompre quelques vaisseaux.

« De là, une triple cause d'aggravation de la lésion ; aussi des ruptures faites dans ces conditions ont-elles pour résultat d'activer l'ankylose au lieu de la détruire, A peine les mouvements arrêtés, les adhérences se reforment et les chances de suppuration augmentent dans l'article irrité. J'ai rarement vu, dans ces conditions, le rétablissement de la mobilité articulaire et je me suis toujours élevé contre la généralisation de la méthode des ruptures forcées et de la mobilisation systématique. Je dois ajouter que ce sont les arthrites blennorrhagiques qui m'ont fourni mes meilleurs arguments. Rien de si dangereux que de mobiliser violemment les tissus en voie de sclérisation ou d'ossification. On va sûrement au devant de l'accident qu'on a l'intention d'éviter.

« La règle, pour que la mobilisation soit efficace, c'est de ne jamais aller au-delà de la douleur, de s'arrêter dès que le malade souffre, et de se borner à de petits mouvements exécutés par le malade lui-même, s'il est assez intelligent pour nous aider, et de les faire pratiquer dans un bain tiède. »

Tel est le principe énoncé par M. Ollier, dont nous avons pu constater les bons effets sur les malades traités dans sa clinique. Voici quelques observations qui viennent à l'appui de cette thérapeutique.

OBSERVATION V.

Arthrite gonococcienne du genou droit.

C... Clémentine, 23 ans, modiste Entrée à la clinique le 27 novembre 1899. Mère rhumatisante, un frère âgé de 20 ans opéré à 14 ans d'une coxalgie.

Antécédents personnels. — Irrégularité des règles. Pertes blanches. Bronchites répétées, hémoptysie l'hiver dernier.

Au cours de décembre 1898, la malade a contracté une blennorrhagie.

Au mois de mars 1899, chute de bicyclette, contusion et écorchure légère du genou. Pas de gêne momentanée à la suite de ce traumatisme, mais trois semaine après : frissons, souffrances dans toutes les articulations, on constate de la tuméfaction au niveau des articulations douloureuses et surtout au genou. La malade garde le lit, la tuméfaction du genou est très notable, la plus faible pression, le moindre mouvement sont l'origine de douleurs intolérables.

Traitement par le salicylate de soude et la pipérazine à l'intérieur ; à l'extérieur révulsions, application de salicylate de méthyle.

Au bout de trois semaines, les articulations sont dégagées, sauf celle du genou.

La malade ne peut marcher, on essaie des pointes de feu sans succès appréciable.

Du 12 juillet 1899 au 19 octobre 1899, la malade fait un séjour à la clinique ; à la suite d'un traitement par les frictions, bains sulfureux, massage et mobilisations, le genou peut se fléchir légèrement.

Le 27 novembre les bénéfices de ce traitement ont disparu.

La malade ne peut marcher qu'à l'aide d'une canne; le genou tuméfié ne présente aucun mouvement de flexion.

La pression n'est pas douloureuse sauf sur le côté interne du plateau tibial.

Décembre 1899. — On institue un traitement par les bains et les douches de vapeur.

La tuméfaction est notable, les mouvements presque nuls.

Avril 1900. — Actuellement, amélioration considérable, le genou est peu volumineux, un peu douloureux à la pression sur l'interligne articulaire, particulièrement sur le côté interne et parfois aussi sur la rotule.

Mouvements limités. Dans la flexion maximum le fémur fait un angle de 90° sur la cuisse. L'extension est presque complète cependant elle reste encore un peu douloureuse.

Sous l'influence des injections de sulfate de zinc, les pertes blanches ont diminué. Bon état général toutes les autres articulations sont parfaitement saines.

Mai 1900. — La malade quitte le service considérablement améliorée, pouvant marcher sans appui, et n'ayant plus de claudication appréciable dans la marche. La flexion atteint presque l'angle droit.

Un appareil permet à la malade de fléchir et d'étendre la jambe sans qu'on ait à redouter de mouvements brusques de flexion pouvant réveiller les douleurs et entraver le retour des fonctions du membre.

OBSERVATION VI.

Arthrite blennorrhagique du poignet et de l'articulation médio-tarsienne.

B..... M., 23 ans, domestique, entrée le 12 janvier 1897. Sa mère et une de ses sœurs sont rhumatisantes. La malade n'a jamais présenté d'affections graves, mais souffre fréquemment de douleurs rhumatismales dans les bras ou dans les

jambes. Elle tousse fréquemment, s'enrhume facilement, a eu plusieurs bronchites légères, mais jamais d'hémoptysie. Dans son enfance, elle a eu des glandes au cou, guéries sans laisser de traces.

Il y a deux ans, éruption roséolique sur les membres inférieurs et supérieurs, maux de têtes et maux de gorge fréquents. Pas de syphilis apparente actuellement.

Depuis deux ou trois ans, douleurs dans le pied droit à la suite de marches ou de travaux pénibles.

Au mois de mai 1899, apparition de douleurs dans le poignet droit avec tuméfaction du poignet et de la main. La tuméfaction siégeait, non seulement au niveau de la radio-carpienne, mais sur les métacarpo-phalangiennes et les petites articulations des doigts. Le pouce, notamment, était gonflé et douloureux; la douleur était continue, empêchant le sommeil, gênant la flexion des doigts et les mouvements du poignet, déjà limités par la tuméfaction.

Au moment du début de cette arthrite, la malade, qui avait de la leucorrhée depuis l'âge de seize ans (anémie), vit ses pertes blanches augmenter considérablement, s'accompagnant de cuisson au moment des mictions. Les pertes tachaient le linge.

Après quatre ou cinq jours, la tuméfaction et la douleur diminuaient au poignet droit et se manifestaient au pied droit. La marche devint rapidement impossible. La tuméfaction, qui siégeait d'abord dans les métatarso-phalangiennes et le lisfranc, gagna les articulations de l'arrière-pied puis la tibio-tarsienne, et enfin le genou. La douleur était extrêmement vive, surtout au niveau de l'interligne de Choppart. La malade entre à la salle Montazet, à l'Hôtel-Dieu, le 8 mai 1899. On constata, au pourtour de l'articulation tibio-tarsienne, un gonflement notable, douloureux. Peau lisse, tendue, rouge jusqu'à la racine des orteils. Mouvements du pied et des orteils limités. On notait également

un peu de rudesse respiratoire et de submatité légère au sommet droit en avant et en arrière. Rien au cœur. Urines contenant des traces d'albumine, disques d'urate. Pas de muco pus à l'orifice urétral même après pression du canal. T. 38°.

Le traitement est institué et consiste en salicylate de soude, enveloppement ouaté avec la pommade au nitrate de pilocarpine, immobilisation dans une gouttière. Ce traitement ne donne qu'une légère diminution des douleurs et le pied se place en varus équin.

Le 3 juin 1899, M. Gayet, chef de clinique de M. le professeur Ollier, applique, sous anesthésie, un appareil plâtré corrigeant la déformation.

Le 20 juin, on enlève le plâtre. Les douleurs ont beaucoup diminué et n'apparaissent qu'à intervalle; on continue le traitement par le massage et les bains de vapeur. L'appareil plâtré est remis une partie de la journée.

Le 10 juillet, la malade quitte l'hôpital, marche avec des béquilles, ne souffre à peu près plus. Les mouvements du pied sont aussi étendus qu'à l'état normal; ils sont encore légèrement douloureux dans les mouvements forcés. Pas de craquement. Il existe encore quelques troubles vaso-moteurs au niveau de la jambe malade; refroidissement, teinte légèrement violacée, œdème.

Pendant un mois et demi, la malade a marché avec des béquilles, les douleurs n'ont jamais disparu d'une façon complète; elle a essayé de reprendre son travail de domestique et les phénomènes de douleur et de tuméfaction étant survenus, elle entre le 12 janvier 1900 à la Clinique.

Actuellement, tuméfaction légère du pied, notable surtout en avant de l'articulation tibio-tarsienne et à la face dorsale de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, mais pas de rougeur des téguments. Le pied affecte la forme du pied plat valgus. A la palpation, on constate un épaissement très

marqué au niveau de l'articulation astragalo scaphoïdienne. La pression est douloureuse à son niveau. Les mouvements possibles et volontaires, quoique douloureux dans les diverses articulations du pied, ne peuvent se produire au niveau de l'interligne de Choppart. La marche se fait surtout sur le talon, la pression sur les points d'appui antérieurs étant douloureuse. Légère atrophie de la jambe.

La mensuration, pratiquée à 20 centim. au-dessus de la pointe de la malléole externe, au niveau de la partie la plus épaisse du gastro-crémien, accuse une différence de plus de 2 centim. en faveur de la jambe saine.

Au poignet et à la hanche, la malade perçoit des douleurs diffuses peu aiguës à intervalles irréguliers.

La palpation ne relève rien de spécial au niveau de ces articulations.

L'état général est assez bon. Cependant retard des règles, 8 à 15 jours ; persistance de la leucorrhée moins abondante. Rien au cœur.

Toux fréquente, mais pas d'expectoration.

Urines très claires, pas de dépôt. Pas d'albumine. Pas de sucre. Pas de fièvre. Température normale. Pouls, 70.

On traite la leucorrhée par les injections vaginales au sulfate de zinc, en même temps, on immobilise les articulations du pied dans un appareil plâtré ; les douleurs et le gonflement disparaissent rapidement, mais l'épaississement au niveau de l'articulation astragalo-scaphoïdienne persiste et la pression continue à éveiller à son niveau quelques douleurs. Balnéation, enveloppement ouaté. Après une période d'amélioration qui persiste un mois environ, de légères douleurs surviennent et la marche devient de nouveau difficile. Repos au lit, puis application de révulsifs sur l'articulation.

Une amélioration notable se produit.

Sous l'influence de la balnéation, des révulsifs, les symptômes douloureux s'atténuent, les mouvements gagnent progressivement en amplitude, la malade quitte le service au mois d'avril.

Fin mai, la malade se présente de nouveau dans le service ; l'amélioration s'est maintenue, mais elle ne peut encore faire une marche un peu longue ; l'épaississement au niveau de l'articulation astragalo-scaphoïdienne persiste toujours, et l'on ne peut y produire de mouvements, le pied plat valgus est très apparent.

Les articulations du poignet, du genou ne sont le siège d'aucune gêne fonctionnelle. On place quelques bandelettes de vigo au niveau de l'articulation atteinte.

OBSERVATION VII.

G... Alfred, 25 ans, cultivateur, entre le 9 mai 1900 dans la clinique de M. Ollier. Pas d'antécédents héréditaires, a joui d'une excellente santé jusqu'à son entrée à la caserne (1897). Il contracta une blennorrhagie à cette époque.

Trois semaines après le début de l'écoulement, le malade s'aperçoit d'une raideur du genou droit qui s'accroît, en même temps que son articulation se tuméfie légèrement. La douleur vient s'ajouter à la gêne fonctionnelle à la suite d'une marche ; le malade entre alors à l'hôpital avec de la tuméfaction du genou droit.

On pratique des pointes de feu, en même temps que le membre est immobilisé dans un plâtre pendant trois semaines.

La douleur et le gonflement ont alors disparu ; mais la raideur persiste.

Quarante jours après le malade quitte l'hôpital. L'extension est incomplète ; la flexion ne dépasse pas 10° environ.

Après un séjour à Bourbon-l'Archambault, l'inflammation reparait ; nouveau séjour à l'hôpital.

Quelques jours d'immobilisation calment la douleur ; on reprend le traitement par la balnéation et le massage, mais la raideur articulaire persiste, et le malade quitte l'armée avec une extension incomplète.

1899. — Dans une chute, le malade fait une flexion complète de la jambe sur la cuisse ; la conséquence fut le repos forcé pendant quelques jours, et le retour à l'état antérieur.

Actuellement, le malade entre à l'hôpital à cause des douleurs qu'il a ressenties au niveau de l'interligne articulaire, douleurs exagérées par la marche.

A l'examen, on constate que l'extension est presque complète ; la flexion est limitée, 10 à 20° environ. Les douleurs ont disparu depuis trois semaines. Pas de douleur à la pression au niveau de l'interligne.

Il existe un léger épaissement des tissus péri-articulaires. La rotule est peu mobile le cul-de-sac sous-tricipital est légèrement saillant ; il n'y a pas de fluctuation.

L'écoulement urétral est tari. Le malade est soumis à un traitement ioduré, on donne des bains sulfureux, frictions avec l'alcool camphré. Massage de l'article. Enveloppement la nuit avec pommade résolutive ; sous l'influence du traitement, les mouvements gagnent progressivement en étendue. L'extension devient presque complète, la flexion arrive au voisinage de l'angle droit. Le 5 juin, le malade quitte volontairement le service.

On peut voir par la lecture de ces observations combien peut être grande l'amélioration par l'application méthodique de la mobilisation.

La malade de l'observation V présentait, au mois de mars, des localisations articulaires diverses, manifestement blennorrhagiques. Sous l'influence du traitement par le salicylate de soude et la pipérazine à l'intérieur, les révulsions et des applications de salicylate de méthyle à l'extérieur, les articulations autres que le genou étaient dégagées. L'inflammation continuait sur le genou droit, malgré les pointes de feu. Le genou reste tuméfié. La marche était impossible au mois de juillet. Puis la malade entra à la clinique de M. Ollier, et petit à petit, au bout de plusieurs mois, par la mobilisation lente de l'article, la balnéation tiède prolongée, le massage et les frictions, on ramenait les mouvements de flexion et la malade quittait le service dans un état satisfaisant, alors que l'ankylose paraissait établie d'une façon complète et incurable.

La malade de l'observation VI, après diverses localisations articulaires, présente une arthrite sèche du poignet et de l'articulation médio-tarsienne particulièrement rebelle ; l'immobilisation plâtrée parvient seule à calmer les douleurs. Mais elle est sujette à des récives ; à deux reprises, l'immobilisation plâtrée est nécessitée et chaque fois elle a pour résultat de calmer les douleurs, de permettre les frictions et le massage. Au bout de quelques mois, le poignet ne présente plus aucune gêne fonctionnelle. Dans l'articulation astragalo-scaphoïdienne, une amélioration notable se produit sous l'influence de la balnéation, des révulsifs, les

symptômes douloureux s'atténuent, la marche devient possible et la malade quitte le service dans un état satisfaisant.

L'histoire du malade de l'observation VII n'est pas moins intéressante et démontre la ténacité de la récurrence fréquente des processus qui ont amené les raideurs articulaires. A chaque longue fatigue, à l'occasion d'un mouvement brusque, le malade voit réapparaître les douleurs et la gêne fonctionnelle de son genou. Un séjour de cinq semaines à la clinique de M. Ollier a suffi à lui procurer une amélioration notable. Dans ces cas heureux, l'ankylose a été évitée et les raideurs qui subsistent sont encore susceptibles de s'améliorer sous l'influence des mêmes moyens thérapeutiques longuement continués.

Mais il est bien des cas où, malgré tous les efforts, on ne peut empêcher la fusion des cartilages, les adhérences de la synoviale et l'on se trouve en présence, au bout d'un temps plus ou moins rapide, de l'ankylose constituée.

La conduite à tenir est alors différente, suivant les conditions anatomiques qui caractérisent les lésions qui ont produit l'ankylose et suivant l'ancienneté de ces lésions.

Nous avons distingué l'ankylose intercartilagineuse ou par soudure osseuse directe, et l'ankylose périphérique cerclée ou capsulo-ligamenteuse.

A) *Ankylose périphérique.* — Dans ces cas seulement, nous pourrions espérer encore des succès au moyen de la rupture forcée. Lorsque des ossifications

isolées, étroites, sont les facteurs de l'ankylose, un mouvement brusque et forcé peut rendre la mobilité à l'article.

La radiographie permet de se rendre compte de l'état des extrémités osseuses et de leurs cartilages, de leur fusion plus ou moins grande et des points où elle porte.

Cet examen rendra les plus grands services, et pourra établir les cas qui relèvent de ce traitement.

Hâtons-nous d'ajouter que la rupture forcée sous anesthésie doit être pratiquée suivant des règles dont le chirurgien ne saurait se départir. Et, à ce sujet, nous rapportons celles qui ont été formulées par M. Ollier, au Congrès de Moscou.

« Lorsque toute inflammation est éteinte, on ne va pas chercher à assouplir l'articulation par des déchirures répétées des adhérences, mais bien pratiquer des ruptures brusques sous anesthésie. On attendra ensuite la disparition de toute douleur ; on fera prendre à l'intérieur de l'iodure de potassium, qu'on doit continuer pendant plusieurs mois.

Dès que l'inflammation rappelée par la première rupture aura disparu, on fera une autre séance, s'il le faut ; mais il faut condamner les séances rapprochées, pratiquées dans le désir d'aller vite et de gagner du temps. Il faut toujours attendre que le calme soit rétabli. La balnéation, les douches locales, le massage méthodique, donneront alors des résultats excellents. Au bout de quelques mois ou d'un an, on pourra voir se résorber quelquefois des tissus qui paraissent ossi-

fiés, des ligaments indurés s'assouplir. Plus on s'éloignera du moment des accidents, plus il faudra insister sur la mobilisation active et passive.

Ce n'est pas par la force que nous pouvons faire constituer des organes de glissement, c'est par une mobilisation douce, patiente, n'amenant pas de déchirure dans les tissus qu'on a pour but d'assouplir. »

B) *Ankylose intercartilagineuse*. — Lorsque la mobilisation lente n'a pu s'opposer à la formation de l'ankylose, et que celle-ci a résisté à la mobilisation forcée sous anesthésie, on doit recourir à la résection. Elle sera pratiquée au membre inférieur, lorsque l'ankylose se sera produite, en position vicieuse du membre. Son indication est constante au membre supérieur pour lui rendre son fonctionnement, ou au moins, le placer dans une position utile.

Il faut des résections larges, c'est-à-dire étendues ; enlever 6 centimètres de la colonne osseuse et pratiquer, en outre, la *résection sous-périostée interrompue*, qui consiste en l'ablation méthodique d'une zone circulaire du périoste (Ollier) toutes les fois que le malade sera jeune et qu'on craindra une reproduction osseuse trop considérable.

L'expectation est la règle chaque fois que l'on se trouve en présence d'une infection mal éteinte. La résection sera pratiquée en dehors de toute inflammation persistante. A cette condition seulement, on sera en droit d'attendre des résultats bons et durables, quelquefois merveilleux.

CONCLUSIONS.

I. — Les arthrites blennorrhagiques se présentent sous des formes très diverses. Ordinairement, ce sont des formes aiguës ou subaiguës ; exceptionnellement, elles peuvent être ou chroniques ou suppurées.

Les formes aiguës ou subaiguës peuvent se ramener, au point de vue anatomo-pathologique et clinique, à deux types essentiels :

1° Une forme hydropique avec épanchement plus ou moins abondant ;

2° Une forme sèche, pseudo-membraneuse, depuis longtemps appelée *arthrite sèche aiguë* par M. le professeur Ollier.

II. — L'anatomie pathologique montre les formes hydropiques le plus souvent spontanément curables ; les arthrites sèches, au contraire, aboutissant presque fatalement à l'ankylose.

L'ankylose, peut-on dire, est l'exception dans le premier cas, la règle dans le second.

III. — Les formes avec épanchement bénéficient pleinement du traitement par l'immobilisation, les révulsifs et le massage ; la ponction et l'arthrotomie rendront des services dans certains cas exceptionnels : mais l'intervention chirurgicale ne paraît pas devoir toujours prévenir l'ankylose possible.

IV. Les formes sèches ankylosantes seront traitées par la mobilisation précoce, dès que l'atténuation des phénomènes inflammatoires le permettra. La mobilisation sera prudente au début, limitée par la douleur, longtemps et patiemment continuée. Balnéation, massage, iodure de potassium, seront des auxiliaires précieux.

L'arthrotomie peut ici également calmer la douleur mais ne modifiera pas toujours l'évolution de la lésion.

V. — Dans les formes suppurées, l'arthrotomie est urgente, et peut même être suivie de résection.

VI. — Lorsque l'ankylose est définitive, la mobilisation forcée, sous anesthésie, donnera de bons résultats, dans certaines formes d'ankylose que nous avons décrites, d'après M. Ollier. Le plus souvent la résection s'impose ; presque toujours elle rendra au membre son fonctionnement, ou le placera dans une position utile.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

OLLIER.

Vu :

LE DOYEN,

LORTET.

Vu, et Permis d'imprimer :

Lyon, le 4 juillet 1900.

LE RECTEUR,

Président du Conseil de l'Université,

G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE.

BESNIER. — Article « Rhumatisme » du *Dictionnaire De-chambre*.

BRÈS. — Th. de Paris, 1897.

CHRISTMAS. — *Annales de l'Institut Pasteur*. N° du 25 mai 1900.

CHRISTEN. — Th. Paris, 1893. Rhumat. blenn. et son traitement par l'arthrotomie.

DÉZANNEAU. — Th. Paris, 1896.

FINGER, GOHN, SCHLAGENHAUFER. — *Annales des maladie des voies urinaires*, 1894.

FOURNIER. — Dictionnaire de médecine et de chirurgie, art. Blennorrhagie. — *Annales de Dermatologie et Syph.*, 1886.

GERV. DE ROUVILLE et J. DONNET. — De l'arthrotomie dans les épanchements non purulents du genou. — *Arch. générales de médecine*, 1894.

GUYON JANET. — Arthrites blennorrhagiques sans gonocoe. — *Annales des voies urinaires*, 1891.

HOPENHENDLER. — Th. de Paris, 1894.

KAMMERER. — *Centralblatt für Chir.*, 1884.

KONIG-KORTE. — *Centralblatt für Chirurgie*, avril 1897.

LABOULBÈNE. — *Bulletins de l'Acad. de Médecine*. 1872.

- LANGLOIS. — Th. de Paris, 1897.
LEGRAIN. — Th. de Nancy, 1888.
LÉVY. — Th. de Paris, 1897.
OLLIER. — Traité des résections. Tome II. — Rapport au
Congrès de Moscou, 1897.
PETRONE. — *Rev. Clin. di Boliva*, 1883.
PARIZEAU. — Th. de Paris, 1895.
RAYNAUD. — Th. de Paris, 1895.
TILLAX. — Cliniques chirurgicales, 1894, par Thierry.
THIÉRY. — *Bull. Soc. Anat.*, 1892.
PELLISSE. — Th. Paris, 1899.
-

TABLE DES MATIÈRES.

	PAGES
Avant-propos.	7
CHAPITRE I. — Historique et pathogénie.	11
CHAPITRE II. — Formes cliniques et anatomie pathologique.	12
I. — Formes hydropiques.	14
II. — Formes sèches ankylosantes	18
CHAPITRE III. — Traitement.. . . .	33
I. — Formes hydropiques.. . . .	35
II. — Arthrites suppurées.	44
III. — Formes sèches ankylosées.	47
Conclusions	61
Bibliographie	63



